

3 au 5 octobre 2012

PORTE MAILLOT

PALAIS DES CONGRES DE PARIS

114^e Congrès Français de Chirurgie

Programme

*& Journées des
Infirmier(e)s
de l'Association
Française de Chirurgie*

www.congres-afc.fr
info@congres-afc.fr

Sous la Présidence
du Pr B. Nordlinger

Chirurgie Générale
Chirurgie Digestive - Hépato-biliaire
Chirurgie Cancérologique
Chirurgie Endocrinienne - d'Urgence
Chirurgie Bariatrique
Chirurgie Gynécologique
Nouvelles Technologies
Recherche Chirurgicale

afco

lepublicsysteme



- P043** Manifestation inhabituelle et rare d'un GIST intestinal
F. MINERVINI, L. REGUSCI, J. BOTTCHER, G. PELONI, M. BRENNNA, F. FASOLINI
(Mendrisio - Suisse)
-
- P044** L'échographie endo-anaïe dans le bilan des fistules anales complexes : quelle valeur pronostique ?
T. SOUIKI, E.-B. BENJELLOUN, A. BOLY, A. OUSADDEN, C. NEJJARI, K. MAZAZ, K. AIT TALEB (Fès - Maroc)
-
- P045** Les anastomoses digestives en milieu septique au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou
G. GBESSI, I. LAWANI, J.-L. OLOGY-TOGEE (Godomey - Bénin)
-
- P046** Occlusion intestinale aiguë secondaire à une désinsertion mésentérique : à propos d'un cas
M. HABAREK, A. CHABANE, S. AMMARI, S. AIT HAMADOUCHE, M. BELHOCINE
(Tizi ouzou - Algérie)
-
- P047** Body Packer : à propos d'un cas
S. SAUDI MORO, R. CERDAN PASCUAL, V. BORREGO ESTELLA, M. GRACIA MATEO, G. GONZALEZ SANZ, J.-M. ESARTE MUNIAIN (Saragosse - Espagne)
-
- P048** Deux cas discordants de fracture isthmique du pancréas.
M. SOUFI, M. BOUZIANE, T. EL HARRÓUDI, F.-H. EL ALAMI (Oujda - Maroc)
-
- P049** Hémopéritoïne par rupture de tumeur GIST localisée dans le grand épiploon
R. CERDAN PASCUAL, J. BERNAL JAULIN, S. CANTIN BLAZQUEZ, I. TALAL EL ABUR, V. RODRIGO VINUE, J.-M. ESARTE MUNIAIN (Saragosse - Espagne)
-
- P050** Le contrôle de l'hémorragie dans le traumatisme hépatique : notre expérience
S. CANTIN BLAZQUEZ, R. CERDAN PASCUAL, J. BERNAL JAULIN, A. OLABERA-CEPESDES, P. GARCIA-FABIA, J.-M. ESARTE MUNIAIN
(Saragosse - Espagne)

INTRODUCTION

• Bénin = Pays en voie de développement; patients démunis, appareillage stomie coûteux voire inaccessible. Stigmatisation patients stomisés, gestion des stomies, complication des stomies nécessite un surcoût dans la prise en charge

→ anastomose digestive *DE NECESSITE* en milieux septiques

BUT: évaluer les résultats des anastomoses digestives en milieu septique

PATIENTS ET METHODE

• Etude rétrospective, recrutement exhaustif, patients ayant subi une anastomose digestive en milieu septique

• 01 Janvier 2010 au 30 Juillet 2012 :

- ✓ Données démographiques des patients
- ✓ Indications des anastomoses
- ✓ Niveau de compétence opérateur
- ✓ Type, siège, matériel, mode d'anastomose
- ✓ Suites opératoires

• analyse uni et multivariée; seuil de significativité $p < 0.05$

RESULTATS

Données épidémiologiques

- 37 anastomoses digestives en milieu septique
- patients âgés en moyenne de 42 ans, majoritairement de sexe masculin avec sex-ratio de 1,18 et de niveau socio-économique moyen (51%)
- La perforation iléale d'origine typhique était la principale indication opératoire 59,5% [cf. figure 1]

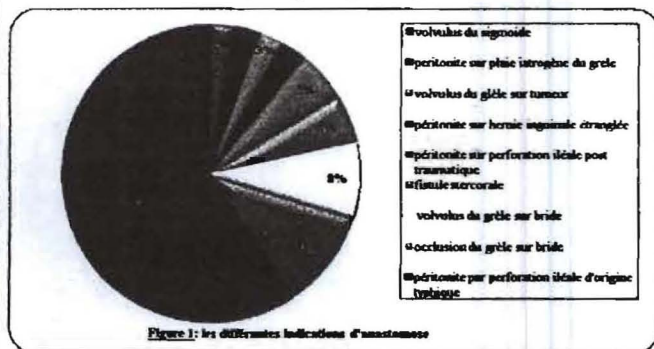


Figure 1: les différentes indications d'anastomose

Suites Opératoires

- la morbidité était de 37,8% dominée par les suppurations pariétales (21%) et les fistules anastomotiques 8,1% (n=3).
- La mortalité était de 8,1% (détresse respiratoire=1 cas, choc septique=1 cas, péritonite post opératoire=1 cas). Durée moyenne d'hospitalisation= 9 jours
- Les suites opératoires ne sont influencées ni par le sexe du patient, ni par son niveau de revenu, ni par la qualité de l'opérateur [cf. tableau]

Tableau: Influence de différents facteurs sur les suites opératoires

Variables	Taux de complications	Valeur de p
Sexe		
Masculin	40%	0,76
Féminin	35,30%	ns
Niveau de revenu		
Bas	46,70%	0,38
Moyen	26,30%	ns
Élevé	50%	ns
Qualification de l'opérateur		
chirurgien confirmé	33%	0,84
chirurgien en fin de formation	37%	ns

Données opératoires

- Toutes les anastomoses étaient manuelles et siégeaient sur le grêle dans 89,2% des cas.
- Elles étaient majoritairement réalisées par un chirurgien en fin de formation (75%) en points séparés (52,9%) avec du Vicryl 3.0 sous forme d'anastomose termino-terminale (94%) [cf. figure 2]

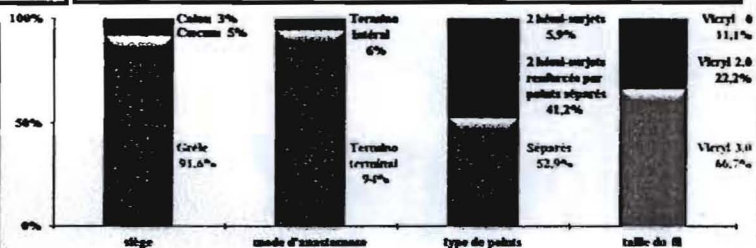


Figure 2: Données anastomoses

DISCUSSION

- Morbidité des anastomose en milieu septique élevé
- Taux de fistules anastomotique plus élevé que ceux retrouvés en chirurgie propre contaminée: 2,7% par Hyman N et al [1], 3,8% par Lujan JJ et al [2];

CONCLUSION

• Les anastomoses en milieu septique sont plutôt source de complications infectieuses dominées par les suppurations pariétales. Les fistules anastomotique viennent en seconde position, mais sont plus fréquentes qu'en chirurgie propre contaminée.